

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
Année scolaire 1888-1889

CONTRIBUTION

DE LA

SYPHILIS DE LA GÈNE

Un Cas de Syphilis
à la Période

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Et soutenue publiquement

POUR OBTENIR LE GRADE

DE

Christian

Né le 12 Août 1888

Élève à l'École du Service



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

4, RUE GÉNÉRALE

Décembre



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1911-1912. — N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS DE LA GLANDE THYROÏDE

Un Cas de Syphilis Thyroïdienne
à la Période tertiaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Christian ZÖLLER

Né le 12 Août 1888, à Tlemcen (Algérie),
Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE
PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMRUC	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	THEVENOT	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, *Président*; NICOLAS, *Assesseur*,
MM. LAROYENNE, et LERICHE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale,
Associé national de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous fait le grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse. Nous lui
exprimons notre respectueuse reconnais-
sance.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

*A qui nous devons l'idée de ce travail. Nous
lui exprimons notre gratitude pour sa
bienveillance à notre égard.*

*A ceux qui me témoignèrent une bienveillance
ou une sympathie sincères ; ma reconnaissance et mon
dévouement leur sont acquis.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS DE LA GLANDE THYROÏDE

Un cas de syphilis thyroïdienne à la période tertiaire.

CHAPITRE PREMIER

LA SYPHILIS DU CORPS THYROÏDE

Historique et exposé de la question.

Ce n'est guère que depuis une quinzaine d'années que les idées commencent à se préciser sur la question de la syphilis du corps thyroïde, et qu'aux constatations anatomo-pathologiques on a pu superposer des constatations cliniques en nombre suffisant pour tracer une symptomatologie de l'affection. — Dans l'édition de 1901 du *Traité de Pathologie chirurgicale* de Le Dentu et Delbet, à l'article « Syphilis du corps thyroïde » rédigé par Lyot, on trouve ces mots :

« Si la syphilis congénitale existe, puisque Demme, d'après Wölffler, aurait trouvé trois fois des gommés thyroïdiennes à l'autopsie d'enfants atteints de syphilis viscérale, il n'en est pas de même de la syphilis acquise dont l'existence reste très douteuse. »

Elle ne l'est plus actuellement, mais son histoire est récente, et notre historique sera bref.

Dans son *Traité de la Syphilis* de 1873, Lancereaux constate qu'aux autopsies de syphilitiques avérés, on

relève fréquemment des altérations du corps thyroïde. C'est à l'article consacré aux glandes vasculaires sanguines, et dès ce moment l'auteur prévoit que les altérations de ces glandes éclairciront peut-être un jour la pathogénie de certaines cachexies syphilitiques. Si quelques classiques rapportent ces constatations de Lancereaux, peu d'entre eux ont relevé dans son ouvrage l'observation clinique d'une tumeur thyroïdienne dont l'histoire est typique.

Lücke, en 1875 (*Krankheiten der Schilddrüse*), Lebert (*Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung*) en 1882; n'envisagent même pas la possibilité de la syphilis du corps thyroïde.

Wölffler publie en 1883 son ouvrage sur le corps thyroïde.

Il y dit que Demme trouva trois fois à l'autopsie de nouveau-nés des gommes du corps thyroïde (*Krankheiten der Schilddrüse*, Berne 1879). — Ces observations de Demme constituèrent pour beaucoup d'auteurs et pendant longtemps les seuls cas de syphilis thyroïdienne.

Jullien en 1886, dans son *Traité des Maladies vénériennes*, et Ziegler, dans son *Anatomie pathologique* (1885), à propos des inflammations syphilitiques du corps thyroïde, n'attirent notre attention que sur leur rareté.

En 1887, Fränkel donne le compte rendu de l'autopsie d'un syphilitique où il relève des lésions du corps thyroïde en même temps que de la trachée. L'anatomie pathologique de l'affection se précise d'un examen macroscopique et microscopique.

Citons deux observations, où l'on aperçoit l'importance que peuvent jouer les lésions syphilitiques du corps thyroïde dans la production de certains syndromes tels que le crétinisme. — Ce sont celles de Köhler dans la *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1892, qui publie un cas de myxœdème avec syphilis concomitante et tumeur thyroïdienne; tous les symptômes disparaissant par le traitement ioduré; celle de Pospelow (*Mitsch. für Derm.*, Bd XIX), qui dans un cas de myxœdème et diabète insipide, soupçonne la syphilis d'avoir joué un rôle étiologique.

En 1896, Ewald, dans ses *Maladies du corps thyroïde*, *Myxœdème*, *Crétinisme*, donne la syphilis thyroïdienne comme une rareté et, à cette époque d'après Mendel, le corps thyroïde pouvait encore se réjouir d'une certaine immunité vis-à-vis du virus syphilitique. Et en effet, il n'existait pas encore dans la littérature à ce moment d'observation, où la syphilis du corps thyroïde ait occupé le premier plan dans un syndrome clinique, où elle ait accaparé à elle seule par ses manifestations l'attention du chirurgien, lui posant à elle seule les points d'interrogation du diagnostic et du traitement. Elle reste encore une curiosité, une constatation accidentelle d'amphithéâtre; elle semble réservée à des cas de syphilis graves où l'infection ayant imprégné l'individu tout entier, le corps thyroïde est touché comme les autres organes, ou encore à des cas comme celui de Fränkel, où la syphilis s'attaquant à la trachée profite de la contiguïté des tissus pour forcer l'immunité relative de la glande thyroïde et s'étendre jusqu'à elle.

En 1898, Küttner publie deux observations : dans la première, il extirpe partiellement une tumeur du corps thyroïde, diagnostiquée cancer à cause de son développement rapide et de la présence d'une chaîne ganglionnaire latérale. — L'examen microscopique ne rappelle rien du cancer; ce sont des lésions syphilitiques du parenchyme et des vaisseaux. L'iodure administré fait fondre ce qui restait de la tumeur et le diagnostic se confirme de ce fait.

Dans sa seconde observation, un homme de vingt-sept ans voit croître rapidement un goitre peu volumineux. Les accidents de compression de la trachée et de paralysie du récurrent s'installent en peu de temps. L'extirpation étant jugée impossible, on se résigne à une trachéotomie palliative. — L'examen microscopique d'un fragment de la tumeur met sur la voie du diagnostic et, au bout de trois semaines de traitement ioduré, il n'existait plus trace du goitre; on enlevait la canule après une semaine et demie.

Dès maintenant, on aperçoit combien il peut être précieux au chirurgien d'avoir l'attention attirée sur des faits analogues. C'est avec le cancer thyroïdien que le diagnostic se pose le plus souvent. Le chirurgien prévenu proposera, avant de tenter une extirpation, quelques semaines d'un traitement spécifique devant lequel on verra quelquefois s'évanouir les accidents alarmants. Après la lecture d'observations telles que celles de Küttner, Kocher répondait à Mendel qui le questionnait à ce propos, qu'il se souvenait de deux cas où les diagnostics portés de sarcome et de tuberculose du corps thyroïde légitimèrent une intervention et

qu'il soupçonnait maintenant, en raison de l'évolution ultérieure, d'avoir été des syphilis méconnues, et ces cas, dit-il, deviendront tous les jours plus nombreux.

En 1899, Garnier étudie dans sa thèse les infections du corps thyroïde et consacre un chapitre à l'étude de l'hérédosyphilis. Il examine à ce point de vue cinq fœtus, morts dès la naissance ou dans les premiers jours, et résume ainsi ses constatations :

« Dans l'hérédosyphilis, la thyroïde est généralement frappée. Le processus normal de la sécrétion colloïde est arrêté ; il y a aussi des foyers de nécrose cellulaire. »

Les altérations frappent à la fois l'élément noble et le stroma, mais Garnier insiste surtout sur l'absence de sécrétion colloïde, habituellement abondante chez l'enfant dont le corps thyroïde fonctionne activement. Ce fait peut nous rendre compte, comme le fait remarquer M. le professeur agrégé Bérard, de certains cas de myxœdèmes congénitaux, que l'insuffisance de la sécrétion thyroïdienne résulte d'une atteinte directe de la syphilis transmise de la mère au fœtus, ou qu'elle soit la conséquence d'une altération de la glande chez les ascendants.

Les thyroïdites de la période secondaire de la syphilis furent également étudiées ; elles sont parfois délicates à distinguer de certaines congestions thyroïdiennes dues au traitement ioduré.

Abrahms, en 1901, rapporte trois cas où ces congestions spécifiques ont abouti au goître exophtalmique.

Seifert, en 1906, fait un rapport au Congrès de Munich sur la syphilis du corps thyroïde à la période d'éruption.

Mendel, en 1908, publie dans la *Medizin. Klinik* un travail d'ensemble et donne trois observations de thyroïdite tertiaire dont l'une est certaine, accompagnée d'examen macroscopique et microscopique absolument caractéristiques. Des deux autres l'une peut être considérée comme un goitre banal, l'autre comme une tumeur maligne passagèrement améliorée par le traitement spécifique.

La bactériologie se devait de découvrir le spirochète dans le corps thyroïde et de nous montrer que les altérations de l'organe peuvent être dues non seulement aux produits solubles toxiques mais aussi à la localisation de l'agent pathogène sur la glande elle-même. Le spirochète est trouvé pour la première fois par Feuillée qui en rend compte le 9 mars 1908 à la Société médicale des Hôpitaux, et retrouvé par Huebschmann qui confirme les données anatomo-pathologiques de Garnier et découvre l'agent pathogène en grande abondance dans le tissu conjonctif, entre les cellules nobles, dans la substance même de ces cellules, tandis que peu d'entre eux sont libres à l'intérieur des follicules thyroïdiens. Levaditi et Roché rapportent ces faits dans leur ouvrage sur la syphilis (1909).

Penzold, en 1907, rapporte trois cas de goitre exophtalmique d'origine syphilitique. L'article de M. le professeur agrégé Bérard dans le *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet* (édition de 1908) met au point la question de la syphilis du corps thyroïde qui ne figurait jusqu'alors dans aucun de nos classiques.

En 1908, Rosenhaüer publie une observation de sclérose atrophique de la thyroïde chez un syphilitique,

où l'organe tout entier est transformé en tissu fibreux.

Dewis rapporte, en 1910, une nouvelle observation de syphilis tertiaire.

Cet historique de la question nous rend compte de son importance, que l'on peut définir de cette façon suivant les aspects cliniques sous lesquels se présente la syphilis thyroïdienne :

Altérations de la fonction thyroïdienne : hyperthyroïdisation et *goître exophtalmique* ;

Hypothyroïdisation et *myxœdèmes* congénitaux et acquis ;

Congestion et hypertrophie du corps thyroïde avec production d'un *goître* et *accidents mécaniques*, souvent graves et d'apparition rapide.

Envisagée au point de vue de sa date d'apparition par rapport aux accidents initiaux, la syphilis thyroïdienne peut être :

Héréditaire, c'est le plus souvent une constatation d'autopsie ;

Secondaire, sous forme de congestions thyroïdiennes, de thyroïdites, qui en se répétant peuvent donner lieu à des hypertrophies définitives ;

Tertiaire, à forme scléreuse ou scléro-gommeuse.

On peut encore résumer les données actuelles sur la syphilis thyroïdienne d'une troisième façon. Tandis que la première de nos classifications présente au clinicien les occasions qu'il a de songer à la syphilis, que la seconde repère le syphiligraphe par rapport aux accidents initiaux, la troisième nous permet de concevoir, au point de vue pathologie générale, l'action de

l'infection syphilitique sur la glande thyroïde adulte ou du nouveau-né. Elle peut agir de deux façons, comme la tuberculose.

1° Les pirochète, se localisant au niveau de la glande, suscite des réactions de défense avec altérations anatomiques aboutissant à la nécrose;

2° Les produits solubles peuvent suffire à créer des lésions de « syphilis inflammatoire », portant sur l'élément glandulaire ou sur le stroma.

Dans ces différents cas, le chirurgien fera œuvre utile si, songeant au rôle possible de la syphilis dans l'étiologie, il applique le traitement spécifique dont le succès sera le plus souvent complet.

Après cette vue d'ensemble sur la syphilis thyroïdienne et l'historique qu'on vient de lire, nous restreindrons la question à l'étude de la syphilis thyroïdienne de la période tertiaire, dont l'observation présentée dans cette thèse est un cas typique.

A propos de cette observation nous reprendrons les chapitres de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie.

Nous verrons quels sont les diagnostics à discuter en présence d'un cas de syphilis tertiaire du corps thyroïde.

Dans le chapitre consacré au traitement, nous montrerons l'intérêt qu'il peut y avoir à associer au traitement spécifique le traitement chirurgical et quel bénéfice le malade peut tirer, après échec du traitement spécifique ordinaire, de l'injection d'arsénobenzol.

CHAPITRE II

LA SYPHILIS THYROIDIENNE A LA PÉRIODE TERTIAIRE

Observation due à M. le professeur agrégé Leriche.
(Clinique de M. le professeur Poncet.)

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, ménagère, qui présente, depuis cinq mois environ, une tuméfaction de la glande thyroïde, actuellement accompagnée de raucité de la voix et de dyspnée.

Elle n'offre rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, elle a eu, jusque dans ces dernières années, une excellente santé. Réglée à dix-neuf ans, toujours un peu irrégulièrement, elle n'a jamais été enceinte.

Elle prétend ne pas avoir eu de syphilis et, à un interrogatoire soigné, on ne trouve pas trace d'accidents initiaux.

Il y a quatre ans, elle aurait eu au niveau de l'extrémité du tibia une gomme qui persista pendant près de dix-huit mois et ne disparut qu'avec un traitement ioduré.

Un an après, elle présenta, au niveau du sternum, une lésion analogue qui fut soignée à l'Hôtel-Dieu par M. Delore et qui disparut complètement en peu de jours, sous l'influence du traitement spécifique.

Enfin, il y a quelques mois, elle fit un séjour dans le service de M. Pic pour une crise de rhumatisme articulaire aigu.

La lésion thyroïdienne, pour laquelle elle entre dans le service de M. le professeur Poncet, le 19 janvier, est de date assez récente. Il y a quatre ou cinq mois, la malade, qui n'avait jamais eu le cou gros, ressentit peu à peu une certaine gêne au niveau de la région thyroïdienne. Elle s'aperçut alors qu'elle prenait un goitre et, bientôt après, son cou ayant encore augmenté de volume, elle commença à éprouver de la dyspnée, de la dysphagie; sa voix changea de timbre et devint rauque.

A l'examen, on reconnaît, à la simple inspection, l'existence d'une tuméfaction diffuse occupant la totalité du corps thyroïde, légèrement développée, cependant, du côté droit.

Cette masse forme un relief très prononcé sous les téguments; la circonférence du cou est de 37 centimètres. Mais ce qui frappe surtout, c'est la dureté considérable de la tumeur à la palpation. On a l'impression que la glande thyroïde forme, dans toute son étendue, un bloc fibreux très résistant ayant la consistance d'un morceau de bois.

Il s'agit donc, en somme, d'une tumeur ligneuse, encore localisée au corps thyroïde, et n'ayant pas encore diffusé en dehors de la glande, mais semblant prête à le faire, car les plans profonds des parties latérales du cou paraissent indurés.

C'est à ce moment que la malade fut présentée à la Société nationale de Médecine de Lyon (séance du

6 février 1911), par MM. Leriche et Cotte, comme goitre ligneux syphilitique.

Sous l'influence des injections de biiodure, auxquelles la malade fut soumise dès son entrée, la tuméfaction de la thyroïde a déjà notablement diminué, et on peut, d'ores et déjà, affirmer, de par le résultat du traitement, qu'on est en présence, chez cette malade, d'une sorte de syphilis de la glande thyroïde.

Dans les jours qui suivirent, la malade quitta le service de M. Poncet en voie de guérison et revint régulièrement se faire faire des injections de biiodure pendant quelque temps.

Mais, bientôt, il devint évident que ce traitement était insuffisant et que la régression des lésions marquait un temps d'arrêt. Quelques jours plus tard, et malgré la continuation des injections de biiodure, la tuméfaction du cou augmentait, et surtout la dyspnée. On essaye alors de la *radiothérapie*. M. Barjon fit neuf séances sans obtenir de résultat satisfaisant, tout au contraire.

A la fin d'avril, après la neuvième, quand elle revint nous trouver, la lignosité avait augmenté, la peau était violacée, sillonnée de veines traduisant la gêne de la circulation profonde. La dyspnée était marquée et la voix éteinte comme dans une compression récurrentielle. Des deux cotés du cou on trouvait une chaîne de petits ganglions douloureux, et la dyspnée était plus marquée qu'avant.

Aussi, le 25 avril, la malade rentra-t-elle dans le service. Elle fut opérée dès le lendemain.

INTERVENTION. — Une demi-heure avant l'opération, on fit à la malade une injection de 2 centigrammes de pantopon, et, au moment d'inciser la peau, on fit donner quelques gouttes d'éther. L'anesthésie fut parfaite et sans incidents.

M. Leriche, aidé de M. Cotte, après incision horizontale curviligne des téguments, tomba sur des muscles adhérents entre eux par une sorte de couche lardacée, infiltrant tous les tissus thyroïdiens et faisant disparaître tous les interstices normaux. La glande, mise à nu, paraît prise en masse ; elle est dure, lardacée, jaunâtre. Nul plan de clivage ne se peut trouver, et l'impression est celle d'un cancer thyroïdien en voie d'extension extraglandulaire.

Décidé à faire au moins une thyroïdectomie palliative, M. Leriche fait très en dehors et à gauche une boutonnière en plein tissu thyroïdien, et, avec le doigt, isole très difficilement le lobe gauche et l'isthme. En bas et en arrière, on se trouve tout à coup extrathyroïdien, sur le plan trachéal. A droite, il en va de même en bas, et la thyroïdienne inférieure est liée sur son tronc très aisément. Au-dessus du pôle inférieur, le doigt rentre dans la capsule pour libérer le lobe droit.

Finalement, la glande libérée par une véritable énucléation massive est basculée de bas en haut et clivée péniblement sur la trachée à laquelle elle adhère intimement. En haut, sur le milieu de l'isthme, au moment de la libération définitive, on voit un petit prolongement comme une tête d'épingle qui paraît s'insinuer dans la trachée. La traction continue que l'on fait

l'arrache sans effort et un sifflement indique que la trachée est ouverte. Le trou est petit, un tampon l'oblitére et on ne s'en inquiète pas davantage. Rien ne saigne dans la plaie, bien que seule la thyroïdienne inférieure droite ait été liée. Il y a deux ou trois pinces, sous lesquelles on met des ligatures, et l'intervention s'achève très simplement en plaçant deux mèches et en suturant partiellement les muscles et la peau.

La plaie fut pansée à l'onguent napolitain.

Suites opératoires. — Elles furent très simples. Les mèches furent enlevées au quatrième jour ; au bout de trois jours, la malade avait retrouvé sa voix et, le 6 mai, elle quittait le service.

Nous étions alors convaincu de sa guérison. Le 1^{er} juin, la malade revient, nous racontant que, depuis le 28 mai, la dyspnée s'est progressivement réinstallée. La respiration est pénible, en effet, il y a du tirage. Le cou est dur, ligneux, présente des veinosités superficielles. Il est moins gros qu'avant l'intervention, mais on dirait que l'on n'a rien fait.

Nous demandons à M. le professeur Collet de vouloir bien examiner laryngoscopiquement notre opérée ; il nous répond que le larynx est indemne, mais qu'à la partie supérieure de la trachée, on voit nettement un diaphragme fongueux qui diminue considérablement la lumière trachéale.

La malade est alors mise de nouveau à l'iodure de potassium et on fait journellement des injections de Varangol Lermique.

L'iodure est mal toléré; il fait augmenter la dyspnée et la lésion ne diminue pas.

Le biiodure, le calomel n'ont pas plus d'efficacité.

On envoie alors la malade à la campagne en prescrivant des applications locales d'onguent napolitain et de l'arsenic. Ce traitement amène une petite amélioration, mais bientôt la situation s'aggrave encore.

M. Collet montre, au reste, que l'état local a empiré, si bien qu'au début de septembre, il semble qu'il n'y a plus qu'une chose à faire : ouvrir la trachée et curetter les fongosités.

Avant d'en arriver là, on propose à la malade une injection de 6o6, et on l'adresse à la clinique du professeur Nicolas où M. Moutot veut bien se charger d'essayer l'arséno-benzol.

Le 12 septembre, dans le service de M. Nicolas (nous devons cette partie de l'observation à l'obligeance de MM. Moutot et Jacod), M. Jacod examine le larynx et trouve qu'il n'y a ni paralysie des cordes, ni lésion susglottique, mais une infiltration sous-glottique, ne laissant qu'une lumière laryngée très réduite, hyméniforme.

Le même jour, M. Moutot fait une première injection d'arséno-benzol. A cause de l'action vaso-dilatatrice énergique de l'arséno-benzol, et étant donné les accidents fournis par l'iodure dans de semblables formes, M. Moutot se borne à une injection intra-veineuse de 40 centigrammes.

L'injection fut suivie d'un peu de céphalée, de quelques vomissements, de diarrhée, comme souvent après l'injection. Mais, de plus, la malade présenta,

quelques heures après l'injection, une grande crise d'asphyxie avec tirage assez dramatique, mais qui fut unique. Cette crise fut bien plus grave que toutes celles que la malade avait eues antérieurement. Dans la soirée elle se trouva mieux.

Le 15 septembre, on note que la voix est plus calme, que la respiration n'est plus soufflante. La toux de compression a complètement disparu.

Le 19 septembre, M. Jacod réexamine le larynx. Il trouve la lumière laryngée sensiblement plus large. L'infiltration syphilitique ne donne plus à la région sous-glottique l'aspect d'un entonnoir au fond duquel se trouvait une fente laryngée : elle a diminué en hauteur et en épaisseur. Les cordes vocales sont très mobiles.

Le même jour, M. Moutot pratique une seconde injection de salvarsan (40 centigrammes), suivie d'une réaction bien moindre que la première, accompagnée cependant d'une élévation thermique à 39°1, de vomissements et de céphalée.

Le 1^{er} octobre, M. Jacod examine la gorge une troisième fois : il ne trouve plus qu'une cicatrice d'aspect rosé normal, réunissant les deux cordes vocales au niveau de leur commissure antérieure.

Le même jour, M. Moutot fait une injection de 60 centimètres cubes de salvarsan. La réaction consécutive est faible. La température ne dépasse pas 38°7 ; il n'y a ni diarrhée, ni vomissement.

Subjectivement, la malade est en parfait état : sa voix est normale ; elle respire bien, elle n'a plus la moindre tendance à la suffocation ; il n'y a plus de

toux aboyante. Bref, c'est une guérison parfaite comme rapidité et comme qualité.

Nous avons revu la malade au début d'octobre, dans le service de M. Poncet où elle vient se faire faire une série de piqûres d'huile grise, sur les conseils de M. Moutot.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — (Laboratoire de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet. M. le Dr Alamartine.)

Examen macroscopique. — L'hémithyroïde enlevée contient une dizaine de gomme dont le volume varie d'un grain de blé à une petite noix. Ces gomme ne sont pas encore ramollies; elles ont l'aspect d'un marron d'Inde, une coloration jaunâtre; elles se délimitent assez nettement du reste du parenchyme thyroïdien qui semble fortement sclérosé.

Examen histologique. — Fixation à l'alcool à 80 degrés et au formol à 40 pour 100. Inclusion à la paraffine. Coloration hémateïne, éosine, hémateïne picro-carmin.

Des coupes faites à la limite d'une gomme et du parenchyme thyroïdien montrent les détails de structure suivants :

Au niveau de la gomme elle-même, les tissus se colorent mal, on ne retrouve aucune structure définie; çà et là seulement, au milieu des tissus nécrosés, on reconnaît vaguement quelques débris du parenchyme thyroïdien.

Tout autour de cette zone complètement dégénérée, on retrouve le parenchyme thyroïdien parfaitement reconnaissable, mais avec certaines lésions; la topographie générale de celles-ci est la suivante: à un faible grossissement les lobules glandulaires apparaissent à peu près normaux à la périphérie, très altérés au contraire au centre. Ce dernier est occupé par une zone d'infiltration de cellules jeunes.

Ces nodules inflammatoires se ramollissent vers le centre; à première vue on croit avoir affaire à une lésion tubercu-

leuse, à un tubercule proprement dit en voie de caséification.

A un plus fort grossissement, il est possible d'étudier de plus près le processus de désintégration qui aboutit à la formation de la gomme.

Un premier point à noter est le peu d'abondance des vaisseaux dans les régions malades. Ceux que l'on rencontre sont : soit des vaisseaux à parois embryonnaires, soit des artérioles, mais la paroi de ces derniers ne présente pas de lésions bien manifestes.

Le second fait intéressant est la présence de très nombreuses cellules géantes absolument comparables à celles de la tuberculose. Ces cellules géantes apparaissent çà et là au milieu des petits éléments à aspect embryonnaire qui constituent la majeure partie de la lésion.

A la périphérie des lobules, où les altérations sont les moindres, le parenchyme thyroïdien a conservé à peu près son aspect normal, tout en présentant des signes nets d'inflammation. Le tissu conjonctif intervésiculaire est beaucoup plus abondant et contient de nombreuses cellules inflammatoires. En certains points ce tissu s'est sclérosé et étouffe les éléments glandulaires.

Quant à ces derniers, ils sont très réellement altérés eux aussi. La plupart des vésicules ne contiennent plus de substance colloïde. Les cellules glandulaires sont très hautes; un grand nombre desquament à l'intérieur des vésicules.

En définitive, le processus qui a abouti à la formation des gommages ne semble pas avoir évolué suivant la modalité classique (endartérite et nécrose consécutive) mais bien comme une inflammation dont le type se rapproche beaucoup de l'inflammation tuberculeuse avec formation de cellules géantes.

M. le Dr Favre, médecin des hôpitaux de Lyon, a bien voulu se charger de rechercher sur nos coupes le bacille de Koch et le tréponème. Ces deux recherches ont donné des résultats négatifs. Du reste on n'avait pas pris de précautions spéciales dans ce but au cours de la fixation des pièces.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons l'intention de montrer, dans ce chapitre consacré à l'anatomie pathologique de la lésion, sous quels aspects la syphilis thyroïdienne peut se présenter et avec quelle difficulté on la distingue dans certains cas de lésions néoplasiques, ou tuberculeuses, ou même d'inflammations banales. — Cela expliquera la fréquence des confusions commises, même après un examen histologique.

On vient de lire l'examen histologique de notre observation. Nous allons en rapprocher celui que Mendel a donné d'un cas typique dans la *Medizinische Klinik* du 12 août 1908 et nous essayerons ensuite de dégager quelques caractères communs.

OBSERVATION DE MENDEL. — *Examen anatomo-pathologique.*

La tumeur extirpée a une longueur de 11 centimètres, une largeur de 10 centimètres, une épaisseur de 9 centimètres. Sa forme est irrégulièrement ronde, sa surface irrégulière. A la partie postérieure on trouve des lamelles fibreuses, coriaces, intimement adhérentes à la tumeur et qui semblent se prolonger dans sa substance. Sa teinte est blanchâtre, d'un rose pâle, tirant en certains endroits sur le jaune orange. Sa consistance est celle d'une balle de caout-

chouc ferme et sèche, ne laissant sourdre aucun suc à la pression.

A la coupe, la néoformation présente un aspect irrégulier qui tient à ce que, de la périphérie, des faisceaux fibreux blanchâtres pénètrent dans la profondeur de la tumeur. L'espace compris entre ces formations fibreuses et la partie centrale est occupé par une masse jaunâtre, d'apparence amorphe, mais dont la consistance n'est pas beaucoup moins dure que celle de la tumeur. Nulle part on ne trouve macroscopiquement la moindre trace de caséification.

A l'examen microscopique on trouve des espèces différentes suivant les endroits : A la périphérie, on reconnaît encore la structure normale de la thyroïde. Les vésicules plus ou moins arrondies sont entourées d'un stroma conjonctif abondant. En d'autres points, les vésicules sont moins nombreuses, mais plus volumineuses et pleines en partie de cellules, en partie de masses colloïdes. Par le fait de la diminution du tissu glandulaire, le tissu conjonctif a pris plus d'importance et la préparation présente l'aspect d'un goitre mi-colloïde, mi-fibreux.

Plus au centre, les vésicules sont presque étouffées par le tissu fibreux qui présente à divers endroits une richesse cellulaire de nature différente : il est infiltré de petites cellules rondes très proches les unes des autres, formant des groupes plus ou moins bien limités. En certains points, le tissu fibreux devient assez subitement moins abondant, sa striation moins nette et l'on voit apparaître une zone de cellules, les unes arrondies, les autres irrégulières, si proches les unes des autres que la substance fondamentale n'est plus reconnaissable.

Tandis qu'à la périphérie le stroma est plus abondant que la masse des cellules, au centre les conditions sont telles qu'entre les cellules étroitement rapprochées on ne distingue que peu de faisceaux fibreux et entre eux des groupes arrondis de cellules rondes qui présentent tout à fait l'aspect d'un follicule tuberculeux récent à cause de la

présence des cellules géantes avec noyaux périphériques. Ce tissu riche en cellules se transforme vers le centre de la tumeur peu à peu en une masse sans structure, granuleuse, où les noyaux cellulaires paraissent plus petits, moins nombreux, moins nets, pour disparaître complètement ; en certains endroits seulement on retrouve des groupements de cellules avec des cellules géantes assez abondantes.

L'auteur mentionne encore des altérations vasculaires portant surtout sur l'intima qui est épaissie, infiltrée de cellules rondes, et sur l'adventice où l'infiltration cellulaire est si abondante que les vaisseaux coupés transversalement semblent entourés d'un anneau épais.

De cet examen anatomo-pathologique, rapproché du nôtre, nous retiendrons trois groupes de lésions :

- 1° Des points d'infiltration cellulaire abondante ;
- 2° Des lésions de sclérose avec altérations des vaisseaux et du parenchyme glandulaire ;
- 3° Des points de nécrose entourés d'une zone de cellules géantes.

Un premier caractère histologique relevé dans les observations est la présence d'une *infiltration cellulaire* abondante, de groupes nombreux de petites cellules inflammatoires serrées les unes contre les autres, si bien qu'en certains points il semble ne plus exister de fibres intermédiaires. — L'aspect peut rappeler celui du sarcome — et de fait les lésions de la syphilis tertiaire et celles des tumeurs sarcomateuses, surtout dans les formations sous-cutanées, sont souvent difficiles à distinguer les unes des autres, même à l'examen histologique.

Le plus souvent d'ailleurs l'inflammation spécifique dépasse ce stade d'infiltration cellulaire pour évoluer, soit vers la sclérose, soit vers la nécrose.

La *sclérose* se retrouve dans toutes les glandes thyroïdes attaquées par la syphilis tertiaire. Elle est plus ou moins étendue, se localisant à la périphérie de la lésion tandis que le centre subit une évolution gommeuse comme dans l'observation de Mendel, ou constituant au contraire à elle seule toute la lésion. Elle est plus ou moins prononcée, depuis les quelques faisceaux qui enserrent les vésicules thyroïdiennes jusqu'aux larges travées fibreuses qui réduisent ces vésicules à des amas de cellules, tassées les unes contre les autres où toute substance colloïde a disparu ; plus ou moins abondante, se révélant cliniquement par une tumeur volumineuse, comme dans les cas précités, ou passant inaperçue pendant la vie et n'apparaissant qu'à l'autopsie (scléroses latentes).

De toute façon, elle existe toujours. Elle constitue le reliquat des poussées inflammatoires de la période secondaire, la cicatrice des lésions gommeuses tertiaires. Mais elle ne présente par elle-même aucun caractère spécifique. Produite par l'action longtemps prolongée du virus sur la glande, elle peut exister sans même que l'agent spécifique se soit fixé au niveau du corps thyroïde ; elle a dans la syphilis la même signification que dans les autres toxi-infections, comme elle se présente sous le même aspect. Que le poison soit le virus tuberculeux, ou l'alcool ou le plomb ou même les poisons normaux de désassimilation (la thyroïde des vieillards), l'aspect histologique reste le même.

Nous en dirons autant des *lésions vasculaires*. Aux points nodaux du réseau fibreux on trouve des artères atteintes d'endartérite comme celles que décrit Mendel dans son observation; ces lésions vasculaires ne sont pas très manifestes sur nos coupes.

Peut-être dans la syphilis peut-on dire que les lésions vasculaires sont ordinairement plus accusées, qu'elles atteignent des rameaux vasculaires plus volumineux, mais « toutes les inflammations produisent des endartérites plus ou moins oblitérantes, aussi bien les inflammations banales que les processus spécifiques Tuberculose et Syphilis (Beriel). Les *altérations du parenchyme glandulaire* sont de deux ordres :

On trouve, d'une part, en certains points, des vésicules plus volumineuses que normalement, à l'intérieur desquelles la substance colloïde met une large tache violette. Le fait avait été déjà signalé par Lancereaux. Nous le retrouvons cité par Mendel qui dit que certains points de ses préparations présentent « l'aspect d'un goitre mi-colloïde, mi-fibreux ». Ce sont des vésicules en état d'hypersécrétion. On les trouve en général à la partie périphérique de la tumeur.

D'autre part et dans la plupart des préparations, au fur et à mesure qu'on se rapproche des points où les lésions sont maxima, les follicules thyroïdiens sont étranglés par les faisceaux fibreux. Après le stade d'hypersécrétion ou immédiatement, ils perdent leur sécrétion colloïde, s'altèrent dans leur structure et n'apparaissent plus que sous forme d'amas cellulaires indistincts. Nous avons trouvé sur nos préparations un stade de cet amoindrissement du parenchyme glandu-

laire : « Les cellules glandulaires sont hautes ; un grand nombre d'entre elles desquament à l'intérieur des vésicules. La plupart des vésicules ne contiennent plus de substance colloïde. » Au maximum, les éléments nobles peuvent avoir presque complètement disparu comme dans l'observation de Rosenhauer où il est impossible à l'examen microscopique de reconnaître la glande thyroïde que le tissu fibreux a complètement envahie.

Nous avons vu les cellules inflammatoires évoluer vers la sclérose. Les lésions peuvent aussi aboutir à la destruction du parenchyme glandulaire, à la *nécrose*, à la formation de gommes intraglandulaires. Par suite du défaut d'apport sanguin et de l'action des substances toxiques, les cellules dégénèrent et se fusionnent pour constituer cette zone amorphe, sans structure définie, difficilement colorable, que nous trouvons sur nos coupes et au pourtour de laquelle, dans notre observation comme dans celle de Mendel, se disposent quelques *cellules géantes*.

Il est admis actuellement que les cellules géantes appartiennent aussi bien à la syphilis qu'à la tuberculose et à d'autres processus inflammatoires ; à la syphilis dans ses manifestations viscérales comme dans ses manifestations cutanées et notre observation en est une preuve, après tant d'autres. Pas plus que la granulation, unité macroscopique, ni que le follicule tuberculeux, unité microscopique, la cellule géante, unité cytologique, ne peut constituer un critérium anatomique sûr de la tuberculose.

Laulanié avait trouvé des cellules géantes dans tous

les processus inflammatoires à marche lente : syphilis, actinomycose, morve.

Dans la thèse d'Allibe, M. Nicolas montre leur fréquence dans les lésions syphilitiques.

La présence de cellules géantes dans les préparations de syphilis thyroïdienne autour d'une zone nécrosée nous explique qu'on ait pu prendre pour de la tuberculose des lésions de syphilis thyroïdienne. Nous avons vu d'ailleurs que ce n'était pas là le seul point commun des deux infections, au point de vue de leur action sur la structure anatomique de la glande.

De même que la tuberculose, infection à tendance fibro-caséeuse, peut produire, soit une sclérose de la glande thyroïde sans localisations, soit des points de nécrose plus ou moins confluents, de même la syphilis, infection à tendance scléro-gommeuse, produit des lésions de sclérose diffuse et des gommes incluses dans le parenchyme glandulaire.

Il n'y a pas de lésion anatomique caractéristique de la syphilis du corps thyroïde. Dans certains cas, on pourra trouver la sclérose plus accentuée, les lésions vasculaires plus étendues, les cellules géantes en moins grand nombre que dans des lésions tuberculeuses, les zones d'infiltration cellulaire moins envahissantes que dans un néoplasme. Mais nombreux sont les cas, où la distinction est difficile et les constatations histologiques ne vaudront que rapprochées des données cliniques et des résultats du traitement.

Voyons donc quels sont les conditions étiologiques et les signes cliniques de la syphilis thyroïdienne.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE. — SYMPTOMES.

La syphilis thyroïdienne est plus fréquente chez les *femmes*, et elle est plus fréquente chez les *goitreux*. Elle apparaît presque toujours chez des femmes atteintes préalablement d'un petit goitre (Bérard). L'existence d'un goitre chez un syphilitique le prédispose donc à la syphilis thyroïdienne ; c'est la vérification de cette loi de pathologie générale, qui dit que les organes en état de fonctionnement défectueux, en état de méiopragie, sont plus sensibles aux infections que les organes sains. C'est en un point déjà affaibli de l'organisme, qu'un agent pathogène se fixe plus volontiers ; le corps thyroïde est altéré, le spirochète s'y fixe.

L'iode est un antiseptique et le corps thyroïde en contient. Torri avait institué des expériences, d'après lesquelles le bacille de Koch serait très atténué dans sa végétabilité et dans sa virulence, après un contact prolongé avec la substance colloïde extraite d'un corps thyroïde en pleine activité. C'est à l'iode, que Morin (de Leysin) attribue cette propriété. La sécrétion colloïde aurait-elle aussi une action antiseptique contre le spirochète, comme le suppose Mendel ? Cela expliquerait l'immunité relative de la glande saine vis-à-vis de

cet agent pathogène et l'atteinte plus facile de la glande malade (Leriche).

D'autre part, on sait que l'iodure a une action marquée sur certains goitres et qu'il peut parfois les faire régresser; qu'il suffit d'ajouter de l'iode à des eaux goitrigènes pour les rendre inoffensives. Le traitement spécifique appliqué dès le début chez un syphilitique aurait donc pour effet de prévenir l'apparition d'un goitre et, en même temps, la localisation de la syphilis sur la glande thyroïde. Cela pourrait expliquer la rareté relative de la syphilis thyroïdienne.

Pourquoi la femme présente-t-elle plus souvent que l'homme des lésions syphilitiques du corps thyroïde? Peut-être, en partie, parce que les altérations du corps thyroïde, les goitres, sont plus fréquents chez elle. Chaque phase de sa vie génitale, la puberté, la menstruation, la ménopause, sont l'occasion de poussées congestives qui la prédisposent au goitre et aux accidents qui en résultent.

Ces données étiologiques se retrouvent dans la plupart des observations de syphilis thyroïdienne. L'une d'elles se trouve réalisée dans notre observation, l'autre fait défaut. La malade est une femme. Elle n'avait, d'autre part, aucun passé thyroïdien; avant l'apparition de la tumeur spécifique, elle ne s'était jamais senti le cou gros.

Enfin, la cause déterminante indispensable de la syphilis thyroïdienne, c'est la pénétration du spirochète dans l'organisme : la présence de la syphilis dans les antécédents héréditaires ou acquis.

Il n'existe pas d'hérédosyphilis thyroïdienne tardive.

La syphilis congénitale n'apparaît qu'aux autopsies; elle peut encore être invoquée comme responsable de certains myxœdèmes congénitaux; nous ne nous en occuperons pas plus longuement.

C'est donc dans les *antécédents personnels* qu'il nous faudra chercher les traces de la syphilis.

Comptons peu sur les renseignements que les malades nous donneront : « ils nous seront refusés le plus souvent, les malades restant muets, soit par ignorance, soit par mauvaise volonté » (Molière). La syphilis, surtout chez les femmes et dans les classes pauvres, est souvent ignorée.

Recherchons plutôt, parmi les antécédents, les signes classiques d'une syphilis ignorée ou méconnue : les céphalées fréquentes, la chute des cheveux, les laryngites à répétition; sur le malade lui-même, les stigmates de la syphilis, cicatrices des périodes précédentes, ou lésions en évolution. Si la surface de son corps ne donne aucun renseignement, recherchons dans ses humeurs la preuve de la réaction de l'organisme contre l'agent pathogène; aidons-nous des moyens biologiques de diagnostic.

Cette recherche des preuves cliniques d'une syphilis antérieure a ici d'autant plus d'importance, que les données anatomo-pathologiques que l'on peut tirer de l'examen de la lésion extirpée ne nous renseignent pas toujours, comme nous l'avons vu, sur l'étiologie de la tumeur constatée, et que, d'autre part, les symptômes présentés par la lésion thyroïdienne ont, comme nous allons le voir, les plus grandes analogies avec d'autres lésions de la glande thyroïde.

Dans notre observation, on ne trouve chez la malade aucune trace d'accidents initiaux, ni d'accidents secondaires. Son histoire, en tant que syphilitique, commence à la période tertiaire et se réduit à l'apparition, à trois années d'intervalle, de deux gommes que le traitement spécifique fit disparaître complètement.

Cela était nécessaire et cela suffisait pour aiguiller le diagnostic vers la syphilis, dans l'interprétation de sa lésion thyroïdienne.

Quels sont maintenant les **symptômes** présentés par la lésion thyroïdienne ?

La syphilis de la glande thyroïde se présente sous la forme *scléreuse* et sous la forme *scléro-gommeuse*.

Dans le premier cas, les symptômes peuvent être réduits au minimum. La lésion peut passer inaperçue ou ne se révéler que par des troubles de la sécrétion thyroïdienne, cause probable de certains myxœdèmes tardifs.

Nous nous occuperons surtout de la seconde forme dont notre observation est un cas typique.

Envisagée dans le temps, *l'évolution* de la tumeur aura pu être rapide : c'est par son développement hâtif qu'elle éveille l'attention. Le début peut remonter à quelques mois, quatre à cinq mois dans notre observation, et déjà les symptômes de compression sont inquiétants.

Vue sur place, elle présente : des symptômes physiques ; des symptômes fonctionnels.

Les **signes physiques** sont les suivants :

C'est une tumeur qui occupe la face antérieure ou antéro-latérale du cou. De volume variable, grosse

comme le poing, dans une observation de Küttner, comme une tête d'enfant, dans une observation de Mendel, elle peut être beaucoup plus petite ; elle est même le plus souvent petite d'après Davis. Dans un cas de Bérard, seule la palpation profonde du cou « décelait péniblement une petite masse plaquée sur la trachée et qui semblait se prolonger dans le thorax ».

La surface peut être régulière ou irrégulièrement bosselée.

Quelquefois la palpation arrive à reconnaître, au milieu d'une masse moins résistante, quelques noyaux plus durs correspondant à des gommes ; la consistance de la tumeur est généralement extrêmement dure, ligneuse comme dans notre observation.

Matité à la percussion. Pas de souffle à l'auscultation.

Dans la chaîne carotidienne, on peut noter des ganglions. Elle n'est pas constante ; elle serait même rare dans la syphilis thyroïdienne d'après Bérard ; il existait cependant chez notre malade une chaîne ganglionnaire perceptible des deux côtés du cou, une série de petits ganglions douloureux. Dans une observation de Mendel, on sent à droite de la tumeur un certain nombre de ganglions gros comme des pois ou des haricots. La tumeur est mobile avec les mouvements de déglutition. La peau reste mobile à sa surface.

La tumeur est habituellement libre d'adhérences avec les plans profonds, mais ce caractère n'est pas constant. La lecture de notre observation montre que la glande thyroïde malade peut adhérer intimement à la trachée. A l'intervention, elle fut difficile à libérer

des plans sous-jacents ; « nul plan de clivage ne pouvait se trouver et l'impression était celle d'un cancer en voie d'extension extraglandulaire ». D'après Davis, la tumeur thyroïdienne n'adhère pas à la peau, mais au larynx, à la trachée et même à la colonne vertébrale.

Au point de vue **fonctionnel**, les symptômes observés sont des signes de compression comme dans le cas d'un goitre banal, leur intensité étant en rapport avec la situation de la tumeur comme avec son volume.

Ce sont en général :

De la *dyspnée* ;

De la *dysphonie* ;

De la *dysphagie*,

par compression de la trachée, du récurrent, de l'œsophage. Des troubles de la circulation profonde se manifestent par la présence sur la peau de veinosités superficielles.

Le *cathétérisme œsophagien* peut être douloureux (Bérard).

L'*examen laryngoscopique*, dans une observation de Bérard, montrait une paralysie d'une corde vocale et de la compression latérale de la trachée.

L'examen laryngoscopique peut montrer des lésions du larynx et de la trachée qui peuvent coexister et jouer un rôle très efficace dans la production des troubles fonctionnels observés.

Dans une observation de Davis, on a trouvé, à l'autopsie, une périchondrite gommeuse du cartilage thyroïde avec sténose partielle du larynx.

Notre observation montre que la dyspnée progres-

sive tenait en partie à la présence de fongosités intratrachéales que seul l'examen laryngoscopique permettait de déceler.

La tumeur thyroïdienne peut ronger la trachée en un point et la perforer ; c'est ce qui se produisit chez notre malade comme on s'en aperçut à l'intervention.

La recherche des lésions de la trachée a une importance considérable ; elle explique l'intensité des phénomènes dyspnéiques observés. Dans certains cas, comme chez notre malade, elle constitue une complication à surveiller et aggrave le pronostic.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

D'après ce que nous venons de dire de la symptomatologie de l'affection, nous voyons qu'il y a peu de chose à attendre de l'examen clinique de la tumeur en elle-même, pour nous décider à un diagnostic étiologique. A quoi songera-t-on, outre la syphilis, et avant la syphilis, car il ne faut pas perdre de vue, dans le diagnostic différentiel, que c'est là, malgré tout, une affection rare de la glande thyroïde ?

Citons *l'actinomycose* pour mémoire, mais surtout le *cancer*; la *tuberculose* dans certaine forme, la *thyroïdite chronique*.

« La consistance indurée en même temps que l'accroissement parfois rapide du volume de la thyroïde, la dyspnée et la dysphagie qui en résultent rendraient le diagnostic très difficile avec le cancer, si l'*absence de ganglions* et les *adhérences aux organes voisins* ne distinguaient habituellement la néoplasie syphilitique » (Bérard). Or, ces deux caractères mêmes ne sont pas constants. S'il est vrai qu'il n'y ait jamais d'adhérence à la peau, il peut y avoir adhérence aux plans profonds.

Et quoique l'adénopathie soit rare et moins prononcée que dans le cancer, elle peut exister comme dans les observations de Küttner, de Mendel, et la nôtre.

L'argument tiré de l'âge du sujet est à peine valable dans ce cas.

La syphilis thyroïdienne peut revêtir l'aspect clinique de la thyroïdite ligneuse cancérisiforme, comme dans le cas de notre malade. C'est dire que le diagnostic est malaisé d'avec le cancer, comme le montre la lecture des discussions de la Société de Chirurgie de Paris sur ce point en 1901 (Ricard, Poncet, Delbet). Avant l'intervention, la présence d'une adénopathie volumineuse ou de généralisations permettrait seule d'affirmer le cancer.

Écarterait-on même le diagnostic de cancer que la question ne serait pas tranchée.

La thyroïdite ligneuse cancérisiforme, maladie de Riedel, doit être considérée comme un syndrome que peuvent produire, soit des infections banales, soit la tuberculose, soit la syphilis; c'est l'aspect clinique sous lequel on risquera de les confondre. Rien, dans l'examen local, ne nous permet de dire tuberculose ou syphilis. De même qu'en présence d'un cas de goitre ligneux cancérisiforme, communiqué par MM. Poncet et Leriche (*Acad. de Médec.*, déc. 1909), c'est le séro-diagnostic tuberculeux positif qui révéla l'étiologie tuberculose; de même, dans un cas de syphilis tertiaire du corps thyroïde dont l'aspect clinique est celui de la thyroïdite chronique cancérisiforme, seuls d'autres symptômes de syphilis, lésions passées ou actuelles, nous permettront de songer à la syphilis.

C'est là le *premier* élément du diagnostic différentiel. Le *second* nous est donné par le résultat du traitement spécifique. Il nous reste à dire dans quelles conditions et dans quelles limites.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Habituellement, dans la majorité des cas, le *traitement spécifique* a une action rapide et efficace. Les accidents mécaniques menaçants s'atténuent, la dyspnée disparaît, la voix reprend son intensité, en même temps que la tuméfaction régresse. Le « coup de théâtre thérapeutique » soulage le malade et fait le diagnostic.

Citons un passage de la plus ancienne observation, celle de Lancereaux : Chez un syphilitique avéré (chancre, iritis, arthropathies, exostoses, lésions du palais), on constate « à la partie inférieure du larynx, au niveau du corps thyroïde, une tumeur du volume d'une grosse noix ; on la limite facilement sur les côtés, mais on ne parvient pas à isoler nettement sa face profonde ; elle suit tous les mouvements du larynx ; c'est nettement une tumeur du corps thyroïde ». Ceci le 27 octobre 1863. Sous l'influence du traitement, le 14 novembre, la tumeur ne présente plus que le volume d'une noisette. Le 1^{er} décembre, on la décelait à peine au toucher.

De même, dans une observation de Küttner, rapportée par Mendel : Chez un homme de vingt-sept ans, un goître ancien et peu volumineux prend brusque-

ment du volume, refoule la trachée, comprime le récurrent. A l'intervention, l'extirpation étant impossible, on se décide à une trachéotomie. L'examen d'un prélèvement fait douter du diagnostic de tumeur maligne. On essaye le traitement spécifique. Au bout de trois semaines, le goitre a complètement disparu.

Le traitement devra être assez intense et prolongé. Ce sera surtout un traitement mercuriel.

L'iodure, en effet, ne doit être manié qu'avec prudence, pour plusieurs raisons.

Au point de vue diagnostic, lorsque la syphilis n'est pas certaine chez le malade et qu'on soupçonne le cancer, l'iodure peut ne pas être inoffensif : il donne un coup de fouet au cancer thyroïdien, provoque parfois des poussées congestives sur un corps thyroïde malade ; il y a des thyroïdites « iodiques », attribuables uniquement à l'emploi des iodures. Observerait-t-on même une amélioration momentanée à la suite du traitement ioduré, qu'on ne devrait ni s'en réjouir, ni accorder à ce fait une grande valeur diagnostique, car l'iodure peut améliorer des goitres banaux et très passagèrement, et en apparence, des tumeurs malignes.

Dans un but thérapeutique, lorsque le diagnostic de syphilis thyroïdienne est posé, l'iodure peut être employé ; il le fut chez notre malade. Mais encore son usage devra-t-il être surveillé ; il est parfois mal toléré, comme chez notre malade, et provoque des crises de dyspnée.

Dans son *Traité sur le Corps thyroïde* (Le Dentu et Delbet), M. le professeur agrégé Bérard proscrit l'iodure comme pierre de touche et autorise seul le

mercure ; en tant qu'agent thérapeutique, il conseille de n'utiliser l'iodure que prudemment.

La valeur thérapeutique du traitement spécifique habituel n'est pas absolue ; s'il produit, dans la plupart des cas, des effets d'une rapidité surprenante, comme dans les deux observations que nous avons résumées plus haut, il arrive aussi qu'après une amélioration momentanée, la lésion reste stationnaire ou même s'aggrave. Que faire alors ? Nous rappellerons que la radiothérapie avait été sans aucun effet chez notre malade, dont l'état continuait à s'aggraver. Elle fut soumise alors à deux traitements, dont il nous reste à dire les indications : *l'arséno-benzol* et le *traitement chirurgical*.

Nous n'insisterons pas sur le traitement par l'arséno-benzol et ses indications ; cela nous entraînerait hors des limites de notre sujet. Avec MM. Janselme et Touraine, dans le *Journal Médical Français*, nous dirons : « Chaque fois qu'un symptôme insolite oblige à frapper vite et fort, soit parce qu'une complication soudaine menace la vie du patient, soit parce que l'intensité ou la persistance anormale d'un symptôme peut faire craindre des accidents redoutables à échéance lointaine, il peut y avoir bénéfice à recourir au salvarsan. »

Les contre-indications le plus généralement admises sont toutes les affections graves : des reins, du foie, de l'appareil circulatoire, du système nerveux (hémiplegie ancienne, paralysie générale ou tabes confirmés). Son emploi doit être réservé chez tous les cachectiques et chez les vieillards.

Dans ce même article cité plus haut, nous trouvons,

à propos de l'action du salvarsan sur les lésions osseuses de la face, le passage suivant : « D'aussi beaux résultats ne peuvent être obtenus que par la *coopération du traitement chirurgical* et du *salvarsan*. Nos succès, nous les devons en partie à M. André, rhinologiste, qui a enlevé un à un les sequestres encombrant les fosses nasales et qui a longuement irrigué les parois ulcérées. » C'est un traitement analogue que nous proposons pour certains cas de syphilis thyroïdienne.

Le *traitement chirurgical* peut être la conséquence d'une erreur de diagnostic. Des thyroïdites tertiaires ont été opérées avant que le diagnostic exact ait été posé, et par conséquent avant tout essai de traitement spécifique.

Dans une observation de Küttner, il s'agit d'une femme de trente-neuf ans ; son corps thyroïde, volumineux depuis sa jeunesse, s'était transformé rapidement en un goitre très dur qui provoque des accidents mécaniques. On porte le diagnostic de cancer du corps thyroïde à cause de l'atteinte des ganglions voisins. L'examen histologique laisse incertain entre la tuberculose et la syphilis. Le diagnostic fut fait plus tard par le rapprochement des antécédents de la malade (éruption à dix-huit ans, fœtus macéré) avec l'apparition de lésions gommeuses de la voûte palatine qui regressèrent par l'iodure.

Même une fois le diagnostic de syphilis thyroïdienne posé, le traitement chirurgical garde des indications ; elles sont au nombre de deux ;

1^o L'une est une indication d'urgence. Le chirurgien peut être appelé à faire une trachéotomie dans les cas

où les accidents mécaniques deviennent subitement très graves. Davis cite le cas d'un homme qui, ayant contracté la syphilis neuf ans auparavant, souffrait depuis quatre mois d'enrouement, de dysphagie, de dyspnée; celle-ci devint subitement si violente qu'elle nécessita une trachéotomie à laquelle le malade ne survécut que quelques heures. Pourtant, la trachéotomie ne doit être employée qu'avec une extrême réserve chez les goitreux. En présence d'une asphyxie thyroïdienne, l'indication réelle consiste à enlever la tumeur par énucléation ou thyroïdectomie, et hors le cancer où elle est un pis aller, d'ailleurs fatal à brève échéance, elle ne doit être employée que quand il est réellement impossible d'essayer autre chose. A l'autopsie on trouva une périchondrite du cartilage thyroïde droit avec sténose partielle du larynx et infiltration du lobe droit de la thyroïde, probablement secondaire d'après l'auteur.

2° La seconde indication du traitement chirurgical est donnée comme chez notre malade par l'échec du traitement mercuriel. S'il suffit à dissoudre des tumeurs grosses comme une noix, il peut rester impuissant contre des tumeurs volumineuses. Lorsque le volume de la tumeur reste stationnaire malgré ce traitement spécifique, ou qu'il tend à augmenter comme dans notre observation, il y a lieu d'intervenir.

Après avoir libéré la tumeur thyroïdienne des organes voisins, on en enlèvera ce qu'on pourra. On laissera au traitement spécifique le soin de parfaire l'œuvre du chirurgien et de faire disparaître les lésions minimales qui auront persisté.

Le traitement chirurgical ne supplée pas le traitement spécifique ; il s'allie à lui et en facilite l'action. Il pare à l'aggravation subite, toujours possible, des accidents mécaniques pendant les quelques semaines nécessaires à l'action du traitement spécifique.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis du corps thyroïde est une affection rare. Cependant, il y a lieu de songer à la syphilis dans l'étiologie de certaines lésions thyroïdiennes, et en particulier à la syphilis tertiaire scléro-gommeuse en présence de certaines tumeurs du corps thyroïde.

II. — L'examen histologique d'une pareille lésion ne permet pas toujours d'en préciser l'étiologie et la confusion est possible avec des altérations de la glande, dues à la tuberculose ou au néoplasme.

III. — L'examen clinique de la tumeur en elle-même ne révèle aucun caractère particulier. Son début est semblable au début d'une tumeur maligne; ses symptômes sont ceux de tout goitre volumineux.

IV. — Le diagnostic doit se faire par l'examen des antécédents du malade et par la recherche des autres lésions syphilitiques actuelles. Il se fait aussi, et le plus souvent, par l'action du traitement mercuriel.

V. — Le traitement mercuriel, habituellement très efficace, peut ne pas suffire. Il y a intérêt, dans ce cas, à lui associer le traitement chirurgical, et à tenter, d'autre part, l'administration d'arséno-benzol.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ANTONIN PONCET.

Vu :

LE DOYEN.

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 novembre 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHMS, *Philadelphie medical Journal*, février 1901.
- ALLIBE, *Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées* (thèse de Lyon, 1907).
- BÉRARD, In *Traité Le Dentu et Delbet*, article Syphilis du corps thyroïde. Cancer du corps thyroïde.
- BÉRIEL, *Traité anatomie pathologique*.
- DAVIS, *Arch. intern. médic.*, Chicago, 1910.
- DEMME, *Krankheiten der Schilddrüse*, 1879.
- DUPLAY et RECLUS, *Traité de pathologie chirurgicale*.
- EWALD, *Maladies du corps thyroïde. Myxœdème. Crétinisme*, 1896.
- FRANKEL, *D. medizinische Wochenschrift*, 1887.
- FEUILLÉE, *Bulletin Soc. méd. Hôpitaux*, 9 mars 1906.
- GARNIER, Thèse de Paris, 1899.
- HORAND, *Syphilis et cancer*, Lyon, 1907.
- HUEBSCHMANN, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1906.
- KÖHLER, *Berl. klin. Wochenschrift*, 1892.
- KUTTNER, *Beiträge zur klin. Chirurgie*, XXII, p. 517.
- JULLIEN, *Maladies vénériennes*, 1886.
- LANCEREAUX, *Traité de la syphilis*.
- LEBERT, *Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung*, 1882.
- LERICHE et COSTE, *Lyon médical*, 9 avril.
- Communication à la Société de médecine de Lyon.
- LEVADITI et ROCHÉ, *la Syphilis*, p. 345.
- LUCKE, *Die Krankheiten der Schilddrüse*, 1875.
- LYOT, In *Le Dentu et Delbet*, 1901, art. Syphilis du corps thyroïde.
- MENDEL, *Medizinische Klinik*, août 1906.
- PENZOSLD, *Münchner med. Woch.*, 1907.
- POSPELOW, *Monatschrift für Dermat.*, Bd XIX, n° 3.
- ROSENHAUER, *Über Syphilis der Schilddrüse Jahrbücher der Hamburgisch. Staatskranken Anstalten*, 1908.
- SEIFERT, *Congrès de Munich*, 1906.
- WÖFFLER, *Entwicklung und Bau des Kropfes*, 1883.
- WIART, In *Pratique médico-chirurgicale*, art. Syphilis du corps thyroïde.
- ZIEGLER, *Anat. Pathol.*, 1885.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — La syphilis du corps thyroïde :	
Historique et exposé de la question.	9
CHAPITRE II. — La syphilis thyroïdienne à la période	
tertiaire.	17
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	26
CHAPITRE IV. — Etiologie. — Symptômes.	33
CHAPITRE V. — Diagnostic différentiel	40
CHAPITRE VI. — Traitement	42
CONCLUSIONS.	49
BIBLIOGRAPHIE	50

